|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ**  ***im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego*** | logo_m |  | **UNIA EUROPEJSKA**  ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji*** | UE_LOGO |

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 24/SZ/2020**

***DRUK OFERTOWY***

**DANE WYKONAWCY:**

|  |
| --- |
| Pełna nazwa: …………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentacji Wykonawcy i podpisującej/ych ofertę: …………………………………………………………………………………………………………………………  Adres:  ulica ……………………………………..kod ………….. miejscowość …………………………..  tel.: ………………………… faks: ……………………e-mail……………………………………….  numer NIP …………………………………… numer REGON ……………………………………… |

W odpowiedzi na Ogłoszenie o zamówieniu na usługi społeczne, zgłaszam/y przystąpienie do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nausługi społeczne, których przedmiotem jest:

***„Świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl”***

1. **Oferujemy** realizację przedmiotu zamówienia:
   1. w zakresie **części I zamówienia** - Świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl.

**za cenę oferty brutto :** ………………………………………. zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………)

* 1. w zakresie **części II zamówienia** - Świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych psychiatrycznych dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl

**za cenę oferty brutto :** ………………………………………. zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………)

1. **Oświadczam/y,** że usługa medyczna świadczona będzie w:
   1. **Część I zamówienia**

………..………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać adres placówki, w której świadczone będą usługi medyczne)*

w dni powszednie, wg harmonogramu poszczególnych poradni specjalistycznych, co najmniej 2 godziny dziennie, zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa usługi medycznej*** | ***Dni świadczenia usługi medycznej*** | ***Godziny świadczenia usługi medycznej*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
| 1. | Badanie w poradni otolaryngologicznej |  |  |
| 2. | Badanie w poradni dermatologicznej |  |  |
| 3. | Badanie w poradni neurologicznej |  |  |
| 4. | Badanie w poradni ortopedycznej |  |  |
| 5. | Badanie w poradni ginekologicznej |  |  |
| 6. | Badanie w poradni urologicznej |  |  |
| 7. | Badanie w poradni okulistycznej |  |  |
| 8. | Badanie w poradni chirurgicznej |  |  |
| 9. | Badanie w poradni pulmonologicznej |  |  |
| 10. | Badanie w poradni chirurgii dziecięcej |  |  |
| 11. | Badanie w poradni endokrynologicznej |  |  |
| 12. | Badanie w poradni reumatologicznej |  |  |
| 13. | Badanie w poradni kardiologicznej |  |  |
| 14. | Badanie w poradni gastrologicznej |  |  |
| 15. | Badanie w poradni chorób zakaźnych |  |  |

* 1. **Część II zamówienia**

…………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy wskazać nazwę i adres placówki, w której świadczone będą usługi medyczne)*

w dni powszednie, wg harmonogramu poradni specjalistycznej psychiatrycznej, co najmniej 2 godziny dziennie, zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa usługi medycznej*** | ***Dni świadczenia usługi medycznej*** | ***Godziny świadczenia usługi medycznej*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
| 1. | Badanie w poradni psychiatrycznej |  |  |

1. **Oświadczam/y,** że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
2. **Oświadczam/y,** że uważam/y się za związanego/ych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
3. **Oświadczam/y,** żezapoznałem/liśmy się z treścią Ogłoszenia wraz z załącznikami i nie wnoszę/simy do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję/my warunki w nich zawarte.
4. **Oświadczam/y,** że przedmiot zamówienia będę/dziemy realizować: *(****\*****niepotrzebne skreślić)*

- samodzielnie**\***

- przy udziale podwykonawców**\***, zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i adres podwykonawcy** | **Zakres powierzony podwykonawcy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Oświadczam/y**, że w przypadku przyznania mi/nam zamówienia, zobowiązuję/my się do zawarcia umowy w miejscu i w terminie wskazanym przez Zamawiającego.
2. **Oświadczam/y,** że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzeniawobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
3. **Zobowiązuję/my** się przetwarzać powierzone mi/nam dane osobowe zgodnie z art. 28 Rozporządzenia oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

….…………........................................................

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

………………………….…….. dnia ……….……..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ**  ***im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego*** | logo_m |  | **UNIA EUROPEJSKA**  ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji*** | UE_LOGO |

***Tabela nr 1 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 24/SZ/2020**

***UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższe wzory:***

Wzór do obliczenia **cena oferty brutto (5)**: cena jednostkowa brutto (4) x ilość (3)

Poszczególne ceny należy podać z uwzględnieniem dwóch miejsc po przecinku.

Po zapoznaniu się z Ogłoszeniem oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena***  ***jednostkowa***  ***brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Badanie w poradni otolaryngologicznej | 30 |  |  |
| 2. | Badanie w poradni dermatologicznej | 30 |  |  |
| 3. | Badanie w poradni neurologicznej | 30 |  |  |
| 4. | Badanie w poradni ortopedycznej | 20 |  |  |
| 5. | Badanie w poradni ginekologicznej | 50 |  |  |
| 6. | Badanie w poradni urologicznej | 20 |  |  |
| 7. | Badanie w poradni okulistycznej | 20 |  |  |
| 8. | Badanie w poradni chirurgicznej | 20 |  |  |
| 9. | Badanie w poradni pulmonologicznej | 5 |  |  |
| 10. | Badanie w poradni chirurgii dziecięcej | 15 |  |  |
| 11. | Badanie w poradni endokrynologicznej | 5 |  |  |
| 12. | Badanie w poradni reumatologicznej | 5 |  |  |
| 13. | Badanie w poradni kardiologicznej | 10 |  |  |
| 14. | Badanie w poradni gastrologicznej | 15 |  |  |
| 15. | Badanie w poradni chorób zakaźnych | 5 |  |  |
|  |  | **Razem cena oferty brutto** | |  |

Słownie (razem cena oferty brutto): ………………………………………………………………………………….

….…………........................................................

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

………………………….…….. dnia ……….……..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ**  ***im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego*** | logo_m |  | **UNIA EUROPEJSKA**  ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji*** | UE_LOGO |

***Tabela nr 2 do Druku ofertowego***

**postępowanie nr 24/SZ/2020**

***UWAGA: przy wypełnianiu Tabeli Zamawiający wymaga by Wykonawca stosował poniższe wzory:***

Wzór do obliczenia **cena oferty brutto (5)**: cena jednostkowa brutto (4) x ilość (3)

Poszczególne ceny należy podać z uwzględnieniem dwóch miejsc po przecinku.

Po zapoznaniu się z Ogłoszeniem oraz projektem umowy oferujemy niżej podaną cenę za ***świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych psychiatrycznych dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa badania*** | ***Ilość*** | ***Cena***  ***jednostkowa***  ***brutto*** | ***Cena oferty brutto*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Badanie w poradni psychiatrycznej | 50 |  |  |

Słownie (cena oferty brutto): ………………………………………………………………………………….

….…………........................................................

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

………………………….…….. dnia ……….……..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BIESZCZADZKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ**  ***im. gen. bryg. Jana Tomasza Gorzechowskiego*** | logo_m |  | **UNIA EUROPEJSKA**  ***Fundusz Azylu, Migracji i Integracji*** | UE_LOGO |

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**postępowanie nr 24/SZ/2020**

***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY***

***O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA***

Ja/my niżej podpisany/ni ………………………………….……………………………………………………………….

*(Imię i nazwisko osoby/osób podpisujących oświadczenie)*

działając w imieniu i na rzecz:

……………………………………………………………...………………………………………………………………………

*(pełna nazwa i adres Wykonawcy)*

składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne pn.:

***„„Świadczenie usług medycznych w postaci badań specjalistycznych dot. cudzoziemców osadzonych w Strzeżonym Ośrodku dla Cudzoziemców w m. Przemyśl”***

**Oświadczam/y**, że nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-22 oraz art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

…….……......................................................

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia ……….……..……

**Oświadczam/y[[1]](#footnote-1))**, że zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………… ustawy p.z.p. *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy p.z.p.).* Jednocześnie oświadczam/y, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy p.z.p. podjąłem/liśmy następujące środki naprawcze:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…….……......................................................

*(podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

…………………….……., dnia …………………

1. ***1) Należy wypełnić jeżeli zachodzą przesłanki wykluczenia*** [↑](#footnote-ref-1)